

स्वास्थ्य, शिक्षा
एवं रोजगार पर वक्तव्य
Statement of Health,
Education, and Employment

क. ग्राहक सूचना			
ग्राहक का नाम	ग्राहक का टेलीफोन नंबर	ग्राहक आईडी नंबर	
लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	जन्म तिथि	सोशल सिक्युरिटी नंबर	
क्या आपने निम्नलिखित में से किसी के लिए आवेदन किया या प्राप्त किया: <input type="checkbox"/> लेबर ऐंड इंडस्ट्रीज / वर्कर्स कंपेंसेशन <input type="checkbox"/> सोशल सिक्युरिटी डिसऐबिलिटी या एसएसआई <input type="checkbox"/> अनइंप्लायमेंट कंपेंसेशन <input type="checkbox"/> वेटरन्स बेनिफिट्स (वीए)			कब?
ख. स्वास्थ्य सूचना			
1. क्या आप किसी स्वास्थ्य स्थिति के चलते काम करने में असक्षम हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं अगर हां, तो निम्नलिखित सूचना प्रदान करें:			
2. अभी जो स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं हैं, उन्हें नीचे दर्ज करें:			
3. क्या इस स्वास्थ्य समस्या के लिए आपका इलाज हुआ है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं अगर हां, तो हमें बताएं कि कब और कहां आपका इलाज हुआ:			
क्लिनिक/अस्पताल	डाक्टर का नाम	तारीख	फोन/फैक्स
4. क्या यह समस्या आपको अब भी काम करने से रोकती है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं अगर हां, हमें बताएं क्यों:			
5. क्या आपको इस स्वास्थ्य समस्या के चलते नौकरी गंवानी पड़ी? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं अगर हां, हमें बताएं क्या हुआ:			
6. काम पर लौटने के लिए आपको किसी तरह की मदद या सेवाओं की जरूरत है?			

DSHS 14-050 HI (REV. 11/2008)

पृष्ठ संख्या 1

Barcode label



14050

ग. शिक्षा एवं प्रशिक्षण

1. आपकी प्राथमिक भाषा क्या है? _____ क्या आप अंग्रेजी में पढ़-लिख सकते हैं? हां नहीं
2. आप वामहस्तिक हैं या दक्षिणहस्तिक? वामहस्तिक दक्षिणहस्तिक
3. आपने स्कूल में उच्चतम कौन सा ग्रेड (के - 12) पूरा किया है: _____
4. हाई स्कूल डिप्लोमा? हां नहीं जीईडी? हां नहीं
6. क्या आपने विशेष शिक्षा क्लासों की हैं? हां नहीं

विशेष शिक्षा क्लास का नाम	ग्रेड स्तर	विशेष शिक्षा क्लास का कारण		स्कूल स्थल या जिला
प्रशिक्षण का प्रकार	तारीखें	पूरा किया		सर्टिफिकेट लाइसेंस या डिग्री एवं वर्ष
		हां	नहीं	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

घ. कार्य इतिहास

1. आप किसे अपना सामान्य काम मानते हैं? _____

2. नवीनतम नौकरी से शुरू करते हुए अपनी अंतिम तीन (3) नौकरी लिखें (अगर उचित हों, बी में सूचीबद्ध नौकरी शामिल करें):

नवीनतम नौकरी शीर्षक	नियोजक का नाम	प्रति सप्ताह घंटे	माह एवं वर्ष आरंभ: बंद:	आपने नौकरी करना बंद क्यों किया?

हमें बताएं आपने इस नौकरी में क्या किया:

द्वितीय नौकरी शीर्षक	नियोजक का नाम	प्रति सप्ताह घंटे	माह एवं वर्ष आरंभ: बंद:	आपने नौकरी करना बंद क्यों किया?

हमें बताएं आपने इस नौकरी में क्या किया:

तृतीय नौकरी शीर्षक	नियोजक का नाम	प्रति सप्ताह घंटे	माह एवं वर्ष आरंभ: बंद:	आपने नौकरी करना बंद क्यों किया?

हमें बताएं आपने इस नौकरी में क्या किया:

3. आपने पिछले पांच (5) साल के दौरान और किस प्रकार के काम किए?

4. आपके पास कौन सा कार्य कौशल है? सिलाई, काष्ठ कार्य, कार मरम्मत जैसे कोई शगल शामिल करें।

अगर किसी ने अनुवाद किया हो या इस फार्म को भरने में आपकी मदद की हो, तो यहां उनका नाम और उनसे अपना रिश्ता दर्ज करें

मैं मिथ्याशपथ के जुर्मने के तहत घोषणा करता हूं कि इस शिक्षा, रोजगार एवं स्वास्थ्य पर वक्तव्य में मेरे द्वारा दी गई सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही, दुरुस्त और मुकम्मल है। मैं समझता हूं कि सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग [Department of Social and Health Services (DSHS)] मुझसे अपने वक्तव्यों का साक्ष्य मांग सकता है।

ग्राहम का हस्ताक्षर

तारीख